

LUIZ DE LIMA

**CARCINOMA DE MAMA.
PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS
PACIENTES ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO
DE MASTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DR. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO NO
PERÍODO DE JAN DE 1998 A DEZ DE 1998.**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.

**FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA
2000**

LUIZ DE LIMA

**CARCINOMA DE MAMA.
PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS
PACIENTES ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO
DE MASTOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DR. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO NO
PERÍODO DE JAN DE 1998 A DEZ DE 1998.**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Coordenador do Curso: Prof. Edson José Cardoso

Orientador: Prof. Afonso Márcio Batista da Silva

**FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA
2000**

Lima, Luiz de

**Carcinoma de mama. Perfil clínico-epidemiológico das pacientes atendidas no Ambulatório de Mastologia do Hospital Universitário Dr. Polydoro Ernani de São Thiago no ano de 1998 / Luiz de Lima – Florianópolis, 2000.
23p.**

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, para a conclusão do Curso de Graduação em Medicina.

Título em inglês: Cancer of the breast. Clinical and epidemiologic profiles of women treated in Breast Department in the Hospital Universitário in the year of 1998.

1. Câncer. 2. Mama. 3. Clínica. 4. Epidemiologia.

AGRADECIMENTOS

À Deus, sempre presente ao meu lado, razão da minha existência.

Aos meus pais, Antônio de Lima (in memorian) e Arací de Lima, que apesar de serem pessoas bastante humildes, não mediram esforços, sem os quais eu não teria conseguido chegar até este ponto.

Ao meu filho Tiago Koerich de Lima, fonte de alegria e sentido da minha vida.

À toda minha família, e em especial ao meu irmão João de Lima, pela preocupação, amizade e apoio que nunca me faltou nesses anos de caminhada.

Ao Prof. Afonso Márcio Batista da Silva, pelo companheirismo na orientação, idealização e realização deste trabalho.

À Universidade Federal de Santa Catarina e, em especial, aos professores, responsáveis por minha orientação nesses anos de estudo e formação acadêmica.

Aos médicos do Ambulatório de Mastologia do Hospital Universitário pelas suas opiniões em meu trabalho.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....04

2. OBJETIVO.....05

3. MÉTODO.....06

4. RESULTADOS.....07

5. DISCUSSÃO.....13

6. CONCLUSÃO.....17

7. REFERÊNCIAS.....18

RESUMO.....20

SUMMARY.....21

APÊNDICE.....22

1. INTRODUÇÃO

O Câncer de mama feminina nos países ocidentais é uma das neoplasias malignas que ocupa o primeiro lugar na mortalidade por tumores^{1, 2 e 3}.

É uma doença muito antiga, já descrita por Hipócrates, cujo diagnóstico nos seus estágios mais avançados é muito fácil. No entanto, mesmo com os avanços técnico-científicos e conseqüente progresso no diagnóstico precoce e terapêutica, não parecem ter tido efeito sensível nas estatísticas, as quais, pelo contrário, tem mostrado tendência crescente⁴.

É certamente errôneo pensar no câncer de mama feminina como conseqüência de uma única causa. Esta enfermidade representa um processo com múltiplas etapas, afetada por diferentes fatores em cada fase da doença¹³.

A organização de uma luta contra o câncer de mama exige que se conheça bem os fatores de risco, a sintomatologia e a epidemiologia, identificando-se as mulheres de maior risco e selecionando-as para o diagnóstico precoce e tratamento adequado da doença e assim visualizar a dimensão exata do problema.

2. OBJETIVO

Traçar o perfil clínico e epidemiológico das pacientes com diagnóstico de carcinoma de mama que foram atendidas no Ambulatório de Mastologia do Hospital Universitário no período compreendido entre 1º de Janeiro a 31 de Dezembro de 1998, e que foram submetidas a tratamento cirúrgico e compará-los com dados de literatura.

3. MÉTODO

Realizamos um estudo descritivo transversal compreendido entre 1º de Janeiro de 1998 a 31 de Dezembro de 1998.

Foram analisados todos os prontuários das pacientes atendidas no Ambulatório de Mastologia do Hospital Universitário, sendo selecionados 43 prontuários onde as pacientes tiveram diagnóstico definitivo comprovado pelo exame histopatológico de carcinoma de mama e que foram submetidas a tratamento cirúrgico ainda no mesmo período.

Os prontuários médicos das pacientes, que foram utilizados neste estudo, foram obtidos através do Serviço de Arquivos Médico (SAME) do Hospital Universitário.

Os dados foram coletados através de protocolo prévio, o qual era composto pelos seguintes itens: idade, queixa principal, mama acometida, localização topográfica, avaliação clínica da axila, paridade, história familiar, “status” menopausal, laudo mamográfico, laudo ultrassonográfico, laudo citológico, tipo histológico e estadiamento anátomo-patológico.

Outros dados como tamanho do nódulo, número de linfonodos acometidos e a presença ou não de metástases também foram analisados para que pudéssemos fazer o estadiamento anátomopatológico de cada caso (UICC, 1987).

Após a coleta e análise, os dados foram apresentados em tabelas descritivas onde consta a incidência e percentual.

4. RESULTADOS

No período de 1º de janeiro de 1998 a 31 Dezembro de 1998, período em que concentramos nossos estudos, foram realizados 43 atendimentos motivados por carcinoma de mama no Ambulatório de Mastologia do Hospital Universitário e que foram submetidos à cirurgia no mesmo período.

TABELA I – Distribuição das pacientes com carcinoma de mama conforme a faixa etária.

Idade	Frequência	Percentual
30-39	05	11,63%
40-49	15	34,88%
50-59	07	16,29%
≥ 60	16	37,20%
Total	43	100,00%

Fonte: Ambulatório de Mastologia – Hospital Universitário – Florianópolis, SC.

TABELA II – Distribuição das pacientes com carcinoma de mama conforme a queixa principal.

Queixa	Frequência	Percentual
Nódulo	30	69,77%
Dor	04	9,30%
Retração do mamilo	06	13,95%
Descarga papilar	02	4,65%
Ulceração	01	2,33%
Total	43	100,00%

Fonte: Ambulatório de Mastologia – Hospital Universitário – Florianópolis, SC.

TABELA III – Distribuição das pacientes com carcinoma de mama conforme a mama acometida.

Mama acometida	Frequência	Percentual
Direita	20	46,51%
Esquerda	22	51,16%
Direita e Esquerda	01	2,33%
Total	43	100,00%

Fonte: Ambulatório de Mastologia – Hospital Universitário – Florianópolis, SC.

TABELA IV – Distribuição das pacientes com carcinoma de mama conforme a localização topográfica.

Quadrante	Frequência	Percentual
Superior externo	14	32,56%
Superior interno	08	18,60%
Inferior externo	01	2,33%
Inferior interno	01	2,33%
Central	04	9,30%
Junção quadrantes externos	08	18,60%
Junção quadrantes superiores	03	6,98%
Todos os quadrantes	04	9,30%
Total	43	100,00%

Fonte: Ambulatório de Mastologia – Hospital Universitário – Florianópolis, SC.

TABELA V – Distribuição das pacientes com carcinoma de mama conforme a avaliação clínica da axila.

Clínica axilar	Frequência	Percentual
Positiva	24	55,81%
Negativa	17	39,54%
Prejudicada	02	4,65%
Total	43	100,00%

Fonte: Ambulatório de Mastologia – Hospital Universitário – Florianópolis, SC.

TABELA VI – Distribuição das pacientes com carcinoma de mama conforme o número de partos.

Paridade	Frequência	Percentual
Nulípara	02	4,65%
Primípara	03	6,98%
Multípara	38	88,37%
Total	43	100,00%

Fonte: Ambulatório de Mastologia – Hospital Universitário - Florianópolis, SC.

TABELA VII – Distribuição das pacientes com carcinoma de mama conforme a história familiar.

História familiar	Frequência	Percentual
Negativa	30	69,77%
Parentesco 1º grau	04	9,30%
Parentesco 2º grau	04	9,30%
Não soube informar	05	11,63%
Total	43	100,00%

1º grau = mãe / irmã

2º grau = avó / tia

Fonte: Ambulatório de Mastologia – Hospital Universitário - Florianópolis, SC.

TABELA VIII – Distribuição das pacientes com carcinoma de mama conforme o “Status” menopausal.

“Status” menopausal	Frequência	Percentual
Pré-menopausa	15	34,88%
Pós-menopausa	28	65,12%
Total	43	100,00%

Fonte: Ambulatório de Mastologia – Hospital Universitário - Florianópolis, SC.

TABELA IX – Distribuição das pacientes com carcinoma de conforme o laudo mamográfico.

Laudo	Frequência	Percentual
Nódulo sugestivo	32	74,42%
Nódulo benígno	01	2,33%
Não realizou	10	23,25%
Total	43	100,00%

Fonte: Ambulatório de Mastologia – Hospital Universitário - Florianópolis, SC.

TABELA X – Distribuição das pacientes com carcinoma de mama conforme o laudo ultrassonográfico.

Laudo	Frequência	Percentual
Nódulo sólido	18	41,86%
Nódulo cístico	01	2,33%
Nódulo sólido + cístico	02	4,65%
Não realizou	22	51,16%
Total	43	100,00%

Fonte: Ambulatório de Mastologia – Hospital Universitário - Florianópolis, SC.

TABELA XI – Distribuição das pacientes com carcinoma de mama conforme o laudo citológico.

Citologia	Frequência	Percentual
Positiva	41	95,30%
Negativa	00	0,00%
Inadequada	01	2,35%
Não realizada	01	2,35%
Total	43	100,00%

Fonte: Ambulatório de Mastologia – Hospital Universitário - Florianópolis, SC.

TABELA XII – Distribuição das pacientes com carcinoma de mama conforme o tipo histológico.

Tipo histológico	Frequência	Percentual
Ductal invasivo	34	79,07%
Intraductal (in situ)	04	9,30%
Lobular invasivo	01	2,33%
Ductal inv + comp intraductal	04	9,30%
Total	43	100,00%

Fonte: Ambulatório de Mastologia – Hospital Universitário - Florianópolis, SC.

TABELA XIII – Distribuição das pacientes com carcinoma de mama conforme o estadiamento anátomo-patológico.

Estágio	Frequência	Percentual
I	11	25,58%
II	21	48,84%
III	11	25,58%
*IV	-	-
Total	43	100,00%

Fonte: Ambulatório de Mastologia – Hospital Universitário - Florianópolis, SC.

*Não fizeram parte da pesquisa as pacientes em estágio IV, porque nesse caso eram encaminhadas diretamente ao Cepon (Centro de Pesquisas Oncológicas) para tratamento não cirúrgico.

5. DISCUSSÃO

Em Santa Catarina, o câncer de mama representa o tumor de maior incidência no sexo feminino, sendo superado apenas pelas lesões malignas de pele. Podemos justificar este achado ao elevado nível sócio-econômico, hábitos e costumes das populações. A incidência da neoplasia por 100.000/ano é variável nas diferentes cidades brasileiras: Porto Alegre, 76,5; São Paulo 65,5; Fortaleza, 61,6; Recife, 48,2; Belém, 40,5; Goiânia, 38,8. A incidência em nosso estado se equipara àquela de países do primeiro mundo, sendo os de maior coeficientes os EUA e a Holanda com 110/100.000 mulheres.

O câncer de mama é predominantemente uma patologia do sexo feminino; porém, observamos casos no sexo masculino, que foram desconsiderados por não ser parte do nosso objetivo proposto.

Com relação à idade, a média verificada em nosso estudo foi de 53,9 anos, compatível com dados de outros centros⁵. No entanto, médias superiores foram detectadas em estudos realizados em outros centros⁸.

Observou-se um aumento na incidência de câncer de mama em mulheres idosas^{8,10} (37,20%) e que essas mulheres eram encaminhadas ou procuraram o serviço de mastologia devido a alterações no auto exame ou por alterações na mamografia de rotina.

A queixa principal mais frequentemente encontrada foi o nódulo mamário (69,77%) seguida da retração mamilar (13,95%). Há de se frisar que a queixa foi analisada isoladamente e não a associação de queixas

havendo uma discrepância com os índices de outros estudos⁷. Outros achados menos frequentes foram: dor, derrame papilar e ulceração.

Quanto ao acometimento da mama esquerda ou direita houve uma variação de 4,65% de acometimento da mama esquerda em relação à mama direita e houve um caso (2,33%) de acometimento bilateral das mamas. Portanto, não houve diferença significativa quanto à mama afetada, apesar da literatura mostrar uma predominância de 10% na mama esquerda.

Segundo a literatura, aproximadamente 70% dos tumores de mama têm localização nos quadrantes superiores e, destes, 50% situam-se no quadrante superior externo. Nosso estudo demonstrou uma predominância nos quadrantes superiores com 51,16%, sendo que 32,56% localizaram-se no quadrante superior externo, logo, bem abaixo dos dados da literatura e próximo dos dados de alguns estudos⁸.

A palpação da axila é a maneira mais prática e simples de avaliação de metástases axilares, porém, é imprecisa e subjetiva. No nosso estudo em 55,81% as pacientes possuíam avaliação clínica da axila positiva e em 39,54% negativa, sendo que em 02 casos (4,65%) não constava esse dado nos prontuários analisados.

Quando observamos os percentuais resultantes do nosso estudo sobre o ponto de vista de paridade vemos que em 88,37% as pacientes são multíparas, 6,98% em primíparas e em 4,65% nas nulíparas, diferindo de muitos autores, onde demonstram ter frequência maior em nulíparas e naquelas que engravidaram e conceberam após os 35 anos de idade quando comparadas com multíparas.

A história familiar de câncer de mama em dois ou mais familiares próximos (mãe, irmã ou tia) está associada a um risco aumentado de desenvolver esta neoplasia. Este risco é dependente do número de familiares

afetados, a idade em que tiveram câncer e se a neoplasia era uni ou bilateral. Elevado risco tem as mulheres com dois ou mais familiares próximos afetados, cujo câncer ocorreu antes dos 50 anos ou em pré-menopáusicas e ainda naquelas com comprometimento bilateral. Risco menos importante está associado com câncer unilateral ocorrendo em mulheres pós-menopáusicas. Portanto, quanto aos antecedentes familiares, observamos que em 08 mulheres (18,60%) foram positivos e história familiar negativa em 69,77%, Este dado é bastante variado na literatura⁸.

Em relação ao “status” menopausal, muitos trabalhos mostram o efeito protetor da menopausa precoce, independente se natural ou induzida. A média de idade da menopausa em nosso estudo foi de 60,82%, onde 34,88% são pré-menopáusicas e 65,12% são pós-menopáusicas.

Quanto ao exame mamográfico, o mesmo apresentou sensibilidade de 74,42% em nosso estudo. As pacientes que não foram submetidas ao exame (23,25%) é devido serem pacientes mais jovens onde não havia indicação e o exame foi substituído pelo ultrassom. Sendo que o exame ultrassonográfico foi realizado em apenas 48,84% com uma sensibilidade de 85,30%, e estes percentuais baixos quando comparado a outros estudos se deve ao fato de 51,16% das pacientes não terem realizados o exame por encontrarem muita dificuldade na marcação e execução do exame de ultrassonografia.

A análise citológica dos casos suspeitos para neoplasia deve receber especial atenção, dada a relação custo-benefício. O citopatológico não foi realizado em 2,35% por estar a paciente fazendo uso de anticoagulante, sendo realizado em 97,65% e positiva em 95,30% e em 2,35%, um caso, a amostra foi considerada inadequada e em 0,00% negativa, portanto, é o exame ouro no diagnóstico de câncer de mama, conforme mostra também outros estudos.

Os tipos histológicos foram condensados conforme mostra a Tabela XII. Nossos resultados foram concordantes aos apresentados na literatura, sendo o carcinoma ductal invasivo o mais prevalente, compreendendo 79,07%. O número de carcinomas lobulares representou apenas 2,33% de todos os carcinomas, compatível com trabalhos realizados em nosso meio, ressaltando, entretanto, a dificuldade de diagnóstico diferencial entre carcinoma lobular infiltrativo e as formas término-ductalares invasoras quando as mesmas não são acompanhadas do componente intralobular e intraductal, respectivamente, fato este que ocorre quanto mais tardio é o diagnóstico do carcinoma.

Na Tabela XIII analisamos o estadiamento anátomo-patológico, onde observamos que em 48,84% dos casos de carcinoma mamário, quando no momento da cirurgia, apresentaram sua doença já em estadio II mostrando que ainda existe uma precariedade da realização do auto-exame das mamas. Note-se que em nossos estudos foram desconsideradas as pacientes que apresentaram carcinoma em estadio IV por não ter nesse caso indicação cirúrgica e as pacientes foram encaminhadas a outros serviços para tratamentos alternativos.

6. CONCLUSÃO

A incidência do câncer de mama foi equilibrada a partir dos 43 anos de idade, havendo um predomínio em mulheres com mais de 60 anos de idade, onde ficou caracterizado a percepção de nódulo pela paciente no auto exame e achados mamográficos de rotina quando a mesma não tinha nenhuma queixa.

O nódulo mamário foi a queixa principal isoladamente e o quadrante superior externo a localização mais freqüente de carcinoma de mama.

A avaliação clínica da axila é um dado bastante subjetivo e que a paridade não tem nenhuma relação com o Ca de mama.

A mamografia, a punção aspirativa por agulha fina e a Ecografia formam o tripé que dará o diagnóstico de câncer da mama, ficando evidente a maior relevância para o diagnóstico do exame citológico.

O tipo histológico mais encontrado foi o Ductal invasivo (79,07%), sendo o estadió anátomopatológico II o mais freqüente.

7. REFERÊNCIAS

1. Campbell H. Cancer mortality in Europe. World Health Statist 1980; 33(4):241-80.
2. Hansluwka H. Cancer mortality in Europe. World Helat Statist 1988; 31(2):159-94.
3. Watehouse J. Cancer Incidence in Five Continents. Scientific Publication 1976; 3(15):31-51.
4. Parkin DM. Epidemiology of cancer: global patterns and trends. Toxicogy Letters 1998; (102-103): 227-34.
5. Horst JL, Bozko LP, Mahfus MA, Betat R, Maestri Tatiana, Biazus JV, et al. Câncer de Mama: Análise Clínico-Epidemiológica de 892 casos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Rev. Bras. Ginecol. Obstet 1994; 16(6):220-5.
6. Prola JC, Dietz J. Dados epidemiológicos do câncer de mama feminina no Rio Grande do Sul, Brasil. Rev. AMRIGS 1985; 29(3):217-23.
7. Crippa CG, Martins BL, Moreira Filho C. Nódulo de Mama: correlação clínica e histopatológica. ACM Arq. Catarin. Med. 1988; 17(4):189-95.
8. Pinotti JA, Blanes J, Blanes A, Aviño J, Legua V, Lluch A, et al. Aspectos epidemiológicos e clínicos do câncer da mama. Rev. IMIP 1987; 1(2):161-4.

9. Caldeira JRF, Budin RMA. Aspectos epidemiológicos do câncer de mama em Jaú-SP e a alta incidência de casos avançados em mulheres idosas. Rev. bras. cancerol. 1995; 41(1):15-7.
10. Lopes ER, Rebelo MS, Abib AR, Abreu E. Câncer de mama: Epidemiologia e grupos de risco. Rev. bras. cancerol. 1996; 42(2):105-16.
11. Klonoff-Cohen HS, Schaffroth LB, Edelstein SL, Molgaard C, Saltzstein SI. Breast cancer histology in Caucasians, African Americans, Hispanics, Asians, and Pacific Islanders. Ethn Health 1998; 3(3):189-98.
12. Flaws JÁ, Newschaffer CJ, Bush TL. Breast cancer mortality in black and in white women: a historical perspective by menopausal status. Journal Womens Health 1998; 7(8):1007-15.
13. Bland KJ, Copeland EM. La Mama. 3ª Edição. Buenos Ayres: Editorial Médica Panamericana; 1993.
14. Piatto S. Mastologia. 1ª Edição. São Paulo: Editoria Roca; 1995.
15. Robbins SL, Kumar V, Cotran RS. Robbins Pathologic Basis of Disease. 5ª Edição. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1994.

RESUMO

Foi realizado um estudo clínico-epidemiológico retrospectivo de 43 pacientes com diagnóstico anátomopatológico de câncer de mama que foram atendidas no Ambulatório de Mastologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de Janeiro a Dezembro de 1998. A média de idade foi de 53,9 anos, a queixa principal mais encontrada foi o nódulo mamário, o estadio mais frequentemente encontrado foi o II. A citologia foi realizada através da punção aspirativa por agulha fina em 42 (97,65%) casos sendo positiva para células malignas em 41 (95,30%) casos. A sensibilidade da mamografia foi de 74,42%. O tipo histológico mais encontrado foi o Carcinoma Ductal Invasivo 79,07% dos casos.

SUMMARY

A patient retrospective clinical-epidemiological study of 43 cases was accomplished with diagnosis anatomo-pathological of breast cancer that they were assisted in the health clinic of Mastologia of the University Hospital of Santa Catarina's Federal University, in the period of January to December of 1998. The average of age was of 53,9 years, the found main complaint was the mammary nodule, the stadium more frequently found it was II. The cytology was accomplished through the puncture aspirativa by fine needle in 42 (97,65%) cases being positive for malign cells in 41 (95,30%) cases. The sensibility of the mamografia was of 74,42%.ológico was the Carcinoma Ductal Invasivo 79,07% of the cases. The histologic type most frequently found was the Carcinoma Ductal Invasivo with 79,07% of the cases.

APÊNDICE 1 - PROTOCOLO

1) Idade(anos):	30-39	40-49	50-59	≥ 60	
2) Queixa Principal:	Nódulo	Dor	Retração mamilo	Descarga papilar	Ulceração
3) Mama acometida:	Direita	Esquerda	Direita e Esquerda		
4) Localização topográfica:	QSE	QSI	QIE	QII	Q CENTRAL
	JUNÇÃO Q EXTERNOS				
	JUNÇÃO Q SUPERIORES				
	TODOS OS QUADRANTES				
5) Avaliação clínica da axila:	Positiva	Negativa	Prejudicada		
6) Paridade:	Nulípara	Primípara	Multípara		
7) História familiar:	Positiva:	1º grau	2º grau		
	Negativa				
	Não soube informar				
		1º grau = mãe/irmã	2º grau = avó/tia		

8) “Status” menopausal:

Pré-menopausa

Pós-menopausa

9) Laudo mamográfico:

Nódulo sugestivo

Nódulo benigno

Não realizou

10) Laudo ultrassonográfico:

Nódulo sólido

Nódulo cístico

Não realizou

Nódulo sólido e cístico

11) Laudo citológico:

Positivo

Negativo

Inadequado

Não realizou

12) Tipo histológico:**Carcinoma Intraductal (Ductal in situ)****Carcinoma Lobular invasivo****Carcinoma Ductal invasivo****Carcinoma Ductal invasivo + componente Intraductal****13) Estadiamento anátomo-patológico:****I****II****III****IV**

I - T < 2 cm, sem comprometimento linfático e sem metástases.

II - T < 5 cm, com linfonodos axilares comprometidos, porém móveis e sem metástases distantes ou um tumor com mais de 5 cm sem comprometimento linfático ou metástases distantes.

III - Todos carcinomas com comprometimento cutâneo, fixação peitoral ou na parede torácica, e comprometimento linfático incluindo linfonodos axilares e linfonodos mamários internos e tumores fixos, mas sem metástases disseminadas.

IV - Qualquer forma de carcinoma mamário que tenha metástases disseminadas.

**TCC
UFSC
TO
0299**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0299

Autor: Lima, Luiz de

Título: Carcinoma de mama : perfil clín



972813891

Ac. 254429

Ex.1 UFSC BSCCSM